

Derechos y deberes del paciente

Derechos

del paciente

- ➔ **USTED TIENE DERECHO** a recibir atención considerada, respetuosa y compasiva en un ambiente seguro, sin considerar su edad, sexo, raza, origen nacional, religión, orientación sexual, identidad de género o discapacidades.
- ➔ **USTED TIENE DERECHO** a recibir atención en un ambiente seguro, libre de cualquier tipo de abuso, descuido o maltrato.
- ➔ **USTED TIENE DERECHO** a que se lo llame por su nombre correcto y a estar en un ambiente que mantiene la dignidad y promueve una autoimagen positiva. Nosotros respetaremos sus valores personales, creencias, patrimonio cultural y preferencias.
- ➔ **USTED TIENE DERECHO** a que se le digan los nombres de sus médicos, enfermeras y de todos los miembros de su equipo de atención a la salud que dirigen y/o le proveen atención.
- ➔ **USTED TIENE DERECHO** a que sean notificados sin demora en cuanto a su ingreso a la Clínica, un miembro de su familia o un individuo que usted designe, y su médico.
- ➔ **USTED TIENE DERECHO** a que su médico le informe en cuanto a su diagnóstico y pronóstico posible, los riesgos y beneficios del tratamiento, y el resultado anticipado del tratamiento, incluyendo resultados no anticipados. Usted tiene derecho a dar su consentimiento informado por escrito antes de que comience cualquier procedimiento que no sea urgente, incluyendo los riesgos, beneficios y alternativas médicas para su tratamiento.

- ➔ **USTED TIENE DERECHO** a tomar decisiones en cuanto a su atención a la salud, incluyendo el derecho de aceptar o rechazar un tratamiento, hasta donde permita la ley. Usted tiene derecho a enterarse en cuanto a alternativas a su tratamiento y a recibir informes en cuanto a las consecuencias médicas de aceptar o rechazar un tratamiento, incluyendo firmar para darse alta voluntaria en contra del consejo de los médicos. Si usted abandona la clínica en contra de la recomendación clínica de su médico, ni la institución ni el médico serán responsables por cualquier consecuencia médica que resulte. En cualquier momento, usted tiene derecho a retirar o denegar consentimiento, a menos que se presente la necesidad de una restricción.

- ➔ **USTED TIENE DERECHO** a la privacidad y a esperar que la información en cuanto a su atención sea materia reservada, a menos que haya una restricción por ley.

- ➔ **USTED TIENE DERECHO Y PUEDE ANTICIPAR** plena consideración de su privacidad y confidencialidad en las discusiones de su atención, sus exámenes y tratamientos.

- ➔ **USTED TIENE DERECHO** al acceso a los servicios de protección y asesoría legal en caso de abuso o descuido.

- ➔ **USTED TIENE DERECHO** a comunicaciones que usted pueda entender. Según sea la necesidad, la clínica le proveerá, sin costo alguno, intérpretes de señas y de idiomas extranjeros. La información que se le proporcione será apropiada a su edad, comprensión e idioma. Si usted tiene una discapacidad de la vista, del habla, del oído u otro impedimento, recibirá otras ayudas también para asegurar la satisfacción de sus necesidades.

- ➔ **USTED TIENE DERECHO** a preparar o revisar instrucciones anticipadas sobre su atención médica y designar a alguien para tomar decisiones en cuanto a su atención médica, si usted no está capacitado para hacerlo. Si usted no ha preparado instrucciones anticipadas sobre su atención

médica, le podemos proporcionar información y ayudarle a prepararlas. Respetaremos sus deseos hasta el punto que permitan la ley y las pautas de la clínica.

- ➔ **USTED TIENE DERECHO** a rehusar recibir atención médica aquí y a ser trasladado a otra instalación, después de que le hayamos explicado los riesgos y beneficios del traslado.
- ➔ **USTED TIENE DERECHO** a recibir información detallada en cuanto a los cargos de la clínica y del médico. Usted tiene derecho a pedir un resumen de la lista de los mismos.
- ➔ **USTED PUEDE CONTAR CON** el hecho de que toda la comunicación y los datos en cuanto a su caso se traten como materia reservada, a menos que la ley permita su divulgación. Usted tiene derecho a ver o a obtener una copia de su historial médico. Usted tiene derecho a pedir una lista de las personas a quienes se les han divulgado sus datos personales de salud.
- ➔ **USTED TIENE DERECHO** a dar o a rehusar consentimiento para que se preparen o se usen grabaciones, fotografías, películas u otras imágenes con motivos internos o externos, aparte de la identificación, diagnóstico o tratamiento. Usted tiene derecho a cancelar su consentimiento hasta un plazo razonable antes de que se las use.
- ➔ **SI USTED LLEGA A NECESITAR AYUDA** en cuanto a un asunto de ética, **USTED TIENE DERECHO** a comunicarse con el Comité de Ética, a través de la Oficina de Gestión de Enlace con los Pacientes (Housekeeping).
- ➔ **USTED TIENE DERECHO** a expresar sus inquietudes en cuanto a la atención que recibe. Si usted llega a tener un problema o una queja, puede hablar con su médico, enfermera encargada o el jefe del departamento.

Deberes

del paciente

- ➔ **SE ESPERA QUE USTED** provea información completa y precisa, incluyendo su nombre completo, dirección, número de teléfono de su casa, fecha de nacimiento, número de DNI, y sistema de cobertura médica al que pertenece.
- ➔ Si tiene instrucciones anticipadas sobre su atención médica, **USTED DEBE PROPORCIONAR** una copia a la clínica o a su médico.
- ➔ **SE ESPERA QUE USTED** proporcione información completa y precisa en cuanto a sus antecedentes de salud y su historial clínico, incluyendo su condición actual, sus enfermedades anteriores, sus internaciones previas, medicamentos, vitaminas, productos herbolarios y cualquier otro asunto que tenga que ver con su salud, incluyendo riesgos percibidos a su salud.
- ➔ **SE ESPERA QUE USTED** haga preguntas cuando no comprenda alguna información o instrucción. Si usted cree que no puede cumplir con su plan de tratamiento, tiene la responsabilidad de decírselo a su médico. Usted se responsabiliza si no cumple con su plan de atención y tratamiento.
- ➔ **SE LE PIDE QUE** deje en casa artículos de valor, y que sólo traiga a la clínica los artículos necesarios para su estadía. La clínica no se responsabiliza por los mismos.
- ➔ **USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD** de ser puntual y de llamar a su médico si no puede cumplir con sus citas.
- ➔ **SE PROHIBE FUMAR** en todas las instalaciones. Nuestra institución cumple con los criterios de Institución Libre de Humo. Tenga la bondad de consultar con su médico en cuanto a la importancia de dejar de fumar.

GO | SANATORIO
FUNES